

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ и ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Институт медицины, экологии и физической культуры
Кафедра морфологии

Б.С. Ашанин, Е.В. Слесарева,

КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ
Методические рекомендации для самостоятельной работы обучающихся

Ульяновск
2019

УДК 52.5
ББК 41.7.1
С 47

*Печатается по решению Ученого совета
Института медицины, экологии и физической культуры
Ульяновского государственного университета*

Рецензенты – к.м.н. Ткачева Л.Н., Герасимов В.Н.

Ашанин Б.С.

С47. Клиническая патологическая анатомия: методические рекомендации для самостоятельной работы / Б.С. Ашанин – Ульяновск : УлГУ, 2019.

Методические рекомендации подготовлены в соответствии с рабочей программой дисциплины "Клиническая патологическая анатомия". В структуру входят методические указания для преподавателей по каждой изучаемой теме согласно плану аудиторных практических работ. Методическое пособие предназначено для обучающихся по специальностям 31.05.01 – Лечебное дело, 31.05.02 – Педиатрия.

© Слесарева Е.В., 2019
© Ульяновский государственный университет, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение-----	4
Цель и задачи-----	8
Порядок назначения, отмены и проведения вскрытий-----	10
Протокол патологоанатомического вскрытия -----	13
Схема протокола патологоанатомического вскрытия-----	13
Структура и логика построения патологоанатомического диагноза -----	16
Врачебное свидетельство о смерти -----	19
Клинико-патологоанатомический эпикриз -----	24
Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов -----	25
Категории расхождения диагнозов -----	27
Причины неправильной прижизненной диагностики -----	28
Пример ситуационной задачи на построение диагноза -----	29
Метод биопсийного исследования -----	30
Положение о клинико-анатомических конференциях -----	34
Организация работы КИЛИ -----	37
Организация работы ЛКК -----	38
Перечень практических навыков, приобретенных студентами в процессе прохождения секционно - биопсийного курса -----	39
Вопросы по контролю усвоения секционно – биопсийного курса -----	40
Библиографический список -----	41

ВВЕДЕНИЕ

Клиническая патологическая анатомия на кафедре морфологии УлГУ соответственно программе по патологоанатомической анатомии проходит в виде цикловых занятий. Занятия проходят на базе патологоанатомического отделения Ульяновской областной клинической больницы, которое является объединенной централизованной прозектурой, обслуживающей лечебные учреждения области.

Занятия со студентами проводятся по утвержденному плану, в соответствии с рекомендациями научных центров страны, определяющими задачи современной клинической морфологии, а также предложениями Европейского общества патологов.

Целью клинической патологической анатомии является не подготовка врачей патологоанатомов (задачей по этим вопросам занимается интернатура по патологической анатомии), а подготовка врачей по общей патологии, так как современную медицину отличает поиск наиболее объективных материальных критериев для диагностики и познания сущности заболеваний. Учитывая, что большинство выпускников будут работать практическими врачами, большое внимание уделяется макроскопической диагностике заболеваний с использованием секционного и биопсийного материала.

На занятиях необходимо показать значение производства вскрытий с разных точек зрения:

1. Общегосударственной:
 - для государственной статистики;
 - для эпидемиологии и профилактики инфекционных заболеваний, особенно карантинных инфекций;
 - судебно-медицинское значение вскрытий (не только судебно-медицинских).
2. Роль и значение вскрытий для практической медицины:
 - повышение квалификации врачей, их обучение, самообучение учет правильности терапии;
 - сличение диагнозов и улучшение диагностики;
 - улучшение качества историй болезни;
 - выявление внутрибольничных инфекций.
3. Научно – исследовательское значение вскрытий:
 - статистические работы;
 - исследовательские работы в новых направлениях;
 - патоморфоз заболеваний.

Развитие патологической анатомии определило ее место и задачи в деятельности лечебно – профилактических учреждений и научно – исследовательских институтов. В структуре органов здравоохранения сложилась особая система – патологоанатомическая служба, научно-практическая деятельность которой включает прижизненную и посмертную морфологическую диагностику болезней, изучение этиологии, патогенеза и танатогенеза (механизма наступления смерти) заболеваний, контроль за качеством и ходом лечебного процесса и совершенствование профессиональной подготовки врачей. Особенно важно значение патологоанатомической службы в изучении причин смертности населения.

Студентов знакомят с краткими историческими сведениями о вскрытиях, со структурой патологоанатомической службы, с инструкцией о порядке вскрытия трупов в лечебных учреждениях, в том числе о порядке вскрытия трупов новорожденных и мертворожденных.

Разбираются методы вскрытия, преимущества метода Шора, дается схема протокола вскрытия, еще раз подчеркивается роль протокола вскрытия как документа государственного, медицинского и научного. Перед вскрытием студенты подробно разбирают историю болезни умершего, преподаватель акцентирует внимание на

правильном оформлении истории болезни (ведение дневников, оформление титульного листа, посмертного эпикриза, заключительного диагноза, визирование истории болезни администрацией). Вскрытие производится с обязательным участием студентов.

Наибольшее внимание при работе со студентами должно быть уделено патологоанатомическому диагнозу. В связи с успешным развитием теоретической и практической медицины большую актуальность приобретает совершенствование теории диагноза. Особое значение имеют общие принципы патологоанатомической диагностики, формулировки и структуры патологоанатомического диагноза как заключительного этапа процесса познания болезни, патологического процесса или состояния.

Диагноз (распознавание) – это процесс познания сущности патологических изменений, состояний, болезней. Как любой процесс познания, диагностирование нозологической единицы на основании данных морфологического исследования включает в себя несколько последовательных этапов, базирующихся на положениях теории отражения объективной реальности.

При составлении патологоанатомического диагноза должны быть отражены этиология, патогенез заболевания, их морфологические проявления, установлены их взаимоотношения и последовательность возникновения с учетом данных анамнеза, клинических проявлений и комплекса результатов, прижизненных лабораторно – инструментальных и морфологических исследований. Комплексный анализ всех фактов дает возможность сделать заключение о нозологической принадлежности заболевания.

Для проведения клинико-анатомических сопоставлений необходимы единые принципы трактовки патологических процессов, единая классификация нозологических форм. Этому, в основном, отвечает международная классификация болезней, травм и причин смерти (МКБ), издаваемая ВОЗ, введение в действие которой утверждено органами здравоохранения страны. В связи с развитием медицинской науки, возникновением новых отраслей медицины, внедрением новых методов исследования и лечения, оказывающих влияние на течение патологических процессов и по мере накопления знаний в этой области периодически производится пересмотр МКБ с внесением соответствующих изменений.

Разбираются понятия: основное заболевание (нозологические формы), осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания и патогенетическая взаимосвязь основного заболевания и его осложнений.

В последнее время получила свое отражение назревшая необходимость расширения рубрик патолого - анатомического диагноза. Введение понятия комбинированного основного диагноза (конкурирующие заболевания, сочетающиеся заболевания, фоновое заболевание). Преподаватель обосновывает целесообразность выделения этих понятий и приводит конкретные примеры.

С развитием новых отраслей медицины (реаниматология, трансплантология и др.) новых методов диагностического инструментального исследования возник целый ряд патологических изменений, которые тоже должны найти отражение в диагнозе. В ряде случаев эти, так называемые «вторичные болезни», должны занимать первое место в патологоанатомическом диагнозе.

В заключение занятий по диагнозу студентам даются задачи разной степени сложности (3 степени), по которым они на основании предложенных морфологических симптомов выставляют развернутый патологоанатомический диагноз.

После того, как этот раздел усвоен студентами, можно переходить к следующему разделу, логично вытекающему из предыдущего раздела – выписывание врачебного свидетельства о смерти. Только при овладении правильным методическим подходом к постановке диагноза, можно правильно выписать свидетельство о смерти. После подробного разъяснения о дополнении пунктов свидетельства (особое внимание диагнозу п.8.1.) студенты самостоятельно выписывают справки о смерти, используя диагнозы по

предлагающимся ранее задачам. Правильное оформление врачебного свидетельства о смерти является контролем оценки знаний студентов.

Патологоанатомический эпикриз является самой сложной частью патологоанатомического протокола. Патологоанатомический диагноз объективно отражает обнаруженные на вскрытии и при гистологическом исследовании изменения, однако он не отражает мнения прозектора о патогенезе данного заболевания и механизма смерти. Это восполняется патологоанатомическим эпикризом, который дополняет и разъясняет диагноз. Танатологическое заключение является самой ответственной частью протокола вскрытия.

В патологоанатомическом эпикризе патологоанатом обосновывает свой взгляд на патогенез заболевания и на непосредственную причину и механизм смерти, на основании сопоставления всех известных данных об умершем: анамнестических, клинических, лабораторных, рентгенологических, бактериологических, патологоанатомических – объединенных теоретическими рассуждениями. В эпикризе также должно быть отражено, имело ли место расхождение диагнозов и причина его.

Важным этапом в работе современного лечебного учреждения являются клинко-анатомические конференции. В проведении их участвуют как клиницисты, так и патологоанатомы, поэтому будущие врачи должны себе четко представлять цель, задачи и значение клинко-анатомических конференций. Необходимо показать, какие случаи подвергаются разбору на клинко-анатомических конференциях, принципы сличения клинического и патологоанатомического диагнозов, характер ошибок диагностики, причины расхождения, влияние терапии на исход, недооценка или переоценка дополнительных методов исследования (лабораторные данные, рентгенологические и т.д.). Студенты присутствуют на клинко-анатомических конференциях, проводимых в больнице.

Зачетные занятия проходят в виде клинко-анатомической конференции, основанной на разборе наиболее интересных из проходивших на занятиях вскрытий. Из числа студентов назначаются докладчик (клиницист) и оппонент (патологоанатом). Тщательно разбирается история болезни, дается обоснование клинического и патологоанатомического диагнозов, проводится их сопоставление, выявляются несовпадения, если таковые имеются. Данный подробный разбор позволяет объективно оценить знания студента.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ КУРСА

Целью курса, в соответствии с программой по клинической патологической анатомии, является клиническое осмысливание результатов биопсийного, операционного и секционного материала, показа деятельности врача-патологоанатома в лечебных учреждениях.

ЗАДАЧИ КУРСА:

1. Ознакомиться с основными разделами работы патологоанатомического отделения по посмертной и прижизненной диагностике болезней (патологоанатомическим вскрытием и биопсией).
2. Овладеть методикой клинко-патологоанатомического анализа результатов вскрытия. Изучить структуру клинического и патологоанатомического диагнозов, овладеть навыками их построения, анализа и сопоставления диагнозов.
3. Изучить основные виды, причины и категории расхождений диагнозов, основы работы комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), клинко-анатомической конференции.
4. Изучить основные правила взятия и направления на исследование биоптатов, освоить основные навыки клинической оценки ответов врача-патологоанатома по биопсиям.

5. Ознакомиться с медицинской документацией патологоанатомического отделения, освоить оформление направлений трупов на патологоанатомическое вскрытие, биоптатов и операционного материала – на патологогистологическое исследование, заполнение врачебного свидетельства о смерти.

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЗАНЯТИЙ НА ЦИКЛЕ

Тема 1. Патологическая анатомия как медицинская специальность.

Организация патологоанатомической службы в РФ. История развития. Методы патологоанатомической службы. Порядок вскрытия трупов в стационарных лечебных учреждениях. Организация работы и документация патологоанатомического отделения. Врачебное свидетельство о смерти.

Тема 2. Структура и логика диагноза. Медицинское свидетельство о смерти

Диагноз, структура и логика клинического и патологоанатомического диагноза. Понятие об основном заболевании, осложнении, сопутствующем заболевании. Комбинированное основное заболевание: конкурирующее, сочетанное, фоновое. Международная классификация и номенклатура болезней. Особенности формулировки диагноза при наличии операционного вмешательства, в случаях ятрогении.

Тема 3. Патологоанатомическое вскрытие (аутопсия) - как метод клинико-анатомического анализа.

Показательное патологоанатомическое вскрытие. Оформление документации вскрытия (протокол, клинические данные, клинико-патологоанатомический эпикриз, врачебное свидетельство о смерти).

Тема 4. Вскрытие (клиникоанатомический анализ).

Структура и логика построения клинического и патологоанатомического диагноза на основе морфологических феноменов, обнаруженных на вскрытии (с учетом клинических данных, лабораторных и инструментальных методов исследования).

Тема 5. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Расхождение диагнозов.

Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов, выявление диагностических ошибок и их анализ. Причины (объективные и необъективные) диагностических ошибок. Расхождение диагнозов. Категории и причины расхождения диагнозов. Вскрытие с проведением клинико-анатомического анализа.

Тема 6. Вскрытие (клинико-анатомический анализ).

Постановка диагноза на основании морфологических феноменов, обнаруженных на вскрытии. Решение ситуационных

Тема 7. Прижизненное морфологическое исследование (биопсия).

Биопсия, как метод клинико-анатомического анализа. Основные принципы работы с биоптатами (документация, правила фиксации, маркировки). Срочная биопсия как метод морфологического исследования. Виды биопсий (операционный материал и диагностическая биопсия). Макроскопическое исследование биоптатов и взятие кусочков для микроскопического исследования. Решение ситуационных задач.

Тема 8. Учебная деловая игра «Клинико-анатомическая конференция».

Основы работы комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), клиникоанатомической конференции. Роль лечебно-контрольной комиссии и клинико-анатомической конференции в клиникоанатомическом анализе. Тема 9. Итоговое занятие. Решение ситуационных задач.

ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ, ОТМЕНЫ И ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ ТРУПОВ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ БОЛЬНИЦЫ

Патологоанатомические вскрытия (аутопсия, секции) производятся с целью уточнения и контроля достоверности и полноты прижизненной диагностики, адекватности проведенных профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, для получения сведений о патоморфозе болезней и патологических процессов под воздействием лечебных, социальных и экологических факторов.

Основой всей деятельности патологоанатомической службы является определение материального субстрата нозологических форм, то есть конкретных болезней человека. Благодаря использованию комплекса современных методов (гистохимических, гистоэнзиматических, иммуногистохимических, гисторадиоавтографических, электронно-микроскопических) морфологических исследований представляется возможным изучение структурных основ патологических процессов на различных уровнях (организменном, системном, органном, тканевом, клеточном, субклеточном, молекулярном) и разных стадиях развития. При этом успешное выполнение всех задач патологоанатомической службы возможно лишь на базе основного принципа патологической анатомии, ее клинико-анатомической направленности.

Материалы патологоанатомических вскрытий, отраженные в патологоанатомических диагнозах и врачебных свидетельствах о смерти, являются наиболее достоверной информацией о структуре заболеваемости и смертности населения. Они могут также использоваться в качестве объективного критерия лечебно-диагностического процесса на всех его этапах.

Как правило, все трупы умерших в лечебных учреждениях подвергаются патологоанатомическому вскрытию. При этом право отмены вскрытия принадлежит главному врачу данного лечебного учреждения в исключительных случаях. Отмена вскрытия не допускается:

1. Во всех случаях неясного прижизненного диагноза и непосредственной причины смерти.
2. При инфекционных заболеваниях (включая туберкулез) или при подозрении на них.
3. Во всех случаях смерти в связи с проведением профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.
4. При заболеваниях, связанных с последствиями экологических катастроф.
5. В случаях смерти больных онкологическими заболеваниями, где не проводилась прижизненная патоморфологическая (гистологическая) верификация опухолевого процесса.
6. Во всех случаях смерти беременных, рожениц и родильниц включая последний день послеродового отпуска.
7. При наличии письменного заявления законных представителей умершего о необходимости проведения патологоанатомического вскрытия.

В связи с совершенствованием организации патологоанатомической службы согласно приказу МЗМП РФ № 82 от 29.04.94. заведующий патологоанатомическим отделением имеет право обоснованной отмены распоряжения главного врача больницы о выдаче без вскрытия тела умершего в стационаре.

В тех случаях, когда во время проведения патологоанатомического вскрытия выявляются признаки насильственной смерти или подозрение на нее, патологоанатомическое вскрытие прекращается, врач-патологоанатом принимает меры для сохранения трупа, его органов и тканей, сообщает об этом факте главному врачу больницы для незамедлительного официального уведомления органов прокуратуры или полиции для последующего судебно-медицинского исследования данного трупа.

В настоящее время патологоанатомическое вскрытие тел умерших больных разрешается проводить в любые сроки после констатации их биологической смерти лечащими врачами. Вскрытие тела человека, умершего в стационаре, производится только по представлению в патологоанатомическое отделение оформленной истории болезни. При этом история болезни с подлинниками всех исследований (рентгенограммами, электрокардиограммами, всеми лабораторными анализами, картами анестезиологических и реанимационных пособий, описаниями и заключениями специалистов по всем видам проведенных исследований) умершего в стационаре за предшествующие сутки доставляются в патологоанатомическое отделение не позднее 10 часов утра.

Оформленной историей болезни стационарного больного считается такая история болезни, на титульном листе которой имеется заключительный клинический диагноз с датой его установления, посмертный эпикриз с суждением о непосредственной причине смерти больного.

Посмертный эпикриз и заключительный диагноз оформляются лечащим врачом и визируются заведующим отделением. В выходные и праздничные дни, в случае необходимости, заключительный клинический диагноз и посмертный эпикриз оформляются дежурным врачом по профилю того отделения, где умер больной, и визируется ответственным дежурным врачом больницы. Во все остальные дни истории болезни визируются главным врачом больницы или его заместителем по медицинской части, а при его отсутствии – ответственным дежурным врачом больницы. В визе в обязательном порядке указывается цель направления трупа в патологоанатомическое отделение: «на патологоанатомическое вскрытие», «на судебно-медицинское исследование», «на временное сохранение трупа». При наличии письменного заявления законных представителей умершего об отмене вскрытия оно вместе с визой главного врача вклеивается в историю болезни сразу же за титульным листом.

Перед началом патологоанатомического вскрытия врач-патологоанатом изучает представленную медицинскую документацию, при необходимости получает уточнения и разъяснения у лечащих врачей, врачей других специальностей и работников параклинических служб.

Присутствие лечащих врачей на патологоанатомическом вскрытии входит в их функциональные обязанности, и о каждом случае нарушения этого положения заведующий патологоанатомическим отделением извещает главного врача. Явка других врачей на вскрытие по вызову из патологоанатомического отделения является строго обязательной.

Следует подчеркнуть: при патологоанатомическом вскрытии не допускается обезображивания тела умершего (особенно его открытых частей), однако при этом разрешается производить изъятие органов и тканей трупа для научных или учебных целей, согласия на это законных представителей умершего не требуется.

ПРОТОКОЛ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ

Вскрытие трупа производится в специальной защитной одежде (халат, передник, шапочка, нарукавники, перчатки).

Для производства вскрытия пользуются специальным «секционным набором», в который входят пила, молоток анатомический с крючком, линейка, пинцеты, ножницы, ножи, скальпели, долото.

Существует несколько способов вскрытия трупов. По методу Абрикосова органы извлекаются по системам: органы полости рта, шеи, дыхания и кровообращения вместе с сердцем. Аорта и пищевод извлекаются на уровне диафрагмы. Желудок извлекается вместе с печенью, поджелудочной железой и селезенкой. Затем извлекаются мочеполовые органы. Способ Шора заключается в полной эвисцерации всего органокомплекса.

Вскрытие начинается с наружного осмотра трупа. Отмечаются трупные изменения, определяется пол, внешний вид умершего, его соответствие возрасту, особенности

телосложения, состояние костного скелета. Особенно тщательно описывают операционные раны, разрезы.

Считается обязательным вскрытие трех полостей: черепа, грудной и брюшной, при необходимости вскрывается спинно-мозговой канал. Основным документом вскрытия является его протокол.

СХЕМА ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ТРУПА

ПРОТОКОЛ ВСКРЫТИЯ №

Населенный пункт _____
Больница _____
Отделение _____
История болезни № _____
Фамилия, имя, отчество умершего _____
Пол _____
Возраст _____
Профессия _____
Место жительства _____
Дата госпитализации _____
Дата смерти _____
Дата вскрытия _____
На вскрытии присутствовали _____
Диагноз направившего учреждения _____
Диагноз при поступлении _____
Заключительный клинический диагноз и дата его установления _____
Результаты клинико-лабораторных исследований _____

Наружный осмотр трупа

Пол. Телосложение. Данные наружного осмотра, кожного покрова, головы, шеи, туловища и конечностей. Характер трупных пятен и их расположение. Выраженность и распространенность трупного окоченения. Состояние питания, мышечной и костной систем. Состояние естественных отверстий. Наружные половые органы. Молочные железы. При наличии операции подробно описывается место операции, длина разреза, операционная рана открыта или закрыта, характер швов, имеется ли выделение их области раны.

Грудная полость

Расположение органов грудной полости. Объем легких. Спадаются ли они после вскрытия грудной клетки. Наличие спаек и жидкости в плевральных полостях, ее количество и характер, наружный осмотр сердца, форма и место расположения. Зобная железа: ее расположение и величина.

Описание состояния внутренних органов.

Внутренние органы можно описывать по полостям, системам, наконец, можно допустить описание органов в порядке их вскрытия. Название системы органов или каждого органа следует подчеркнуть. Обязательно давать указания о величине органа в мерах длины и мерах веса (массы).

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ. Размеры сердца, цвет и характер эпикарда, консистенция мышцы. Кровенаполнение полостей и характер сгустков, проходимость атриовентрикулярных отверстий. Толщина стенки левого и правого желудочков. Характер

миокарда, эндокарда и клапанов сердца. Состояние коронарных сосудов, аорты, легочной артерии и крупных вен.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ. Гортань – цвет и характер слизистой оболочки, состояние хрящей гортани. Слизистая оболочка трахеи и бронхов, содержимое просвета. Легкие – их воздушность, плотность, состояние легочной плевры, характер ткани на разрезе и жидкости при надавливании. Водная проба – тонут кусочки в воде или нет. Состояние перерезанных сосудов и бронхов. Прикорневые и паратрахеальные лимфоузлы. Состояние придаточных полостей носа (при необходимости).

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ. Характер слизистой оболочки языка и миндалевидных желез. Слизистая оболочка пищевода, содержимое просвета. Состояние слизистой оболочки желудка и кишечника по всем отделам, их содержимое. Характер лимфоидного аппарата стенки кишки и брыжейки. Состояние червеобразного отростка на разрезе. Печень – размеры, консистенция, окраска и характер поверхности. Вид на разрезе. Желчный пузырь – его величина и характер желчи, строение стенок желчного пузыря и протока, содержимое просветов. Поджелудочная железа размеры, консистенция, цвет, рисунок ткани на разрезе.

МОЧЕПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. Почки – их размеры, консистенция, характер поверхности. Вид на разрезе. Слизистая оболочка лоханок. Характер мочеточников. Содержимое мочевого пузыря и его количество, состояние слизистой оболочки. Строение предстательной железы, ее поверхность, консистенция и цвет. Состояние матки, маточных труб и яичников у женщин, слизистая оболочка матки, шейки и влагалища.

ОРГАНЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ. Селезенка – ее размеры, консистенция, вид снаружи и на разрезе, характер соскоба. Состояние лимфоузлов брыжейки, средостения и шеи. Характер и цвет костного мозга.

ЭНДОКРИННЫЕ ОРГАНЫ. Щитовидная железа – ее размеры, консистенция, вид снаружи и на разрезе. Надпочечники – их форма, цвет на разрезе, рисунок ткани. Состояние гипофиза и паращитовидных желез.

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Состояние мягких покровов головы при отделении их от черепа. Характер костей черепа. Состояние мягкой и твердой мозговых оболочек, кровенаполнение сосудов. Объем головного мозга, характер его извилин и борозд, консистенция. Характер коры и белого вещества, подкорковых ядер, состояние желудочков мозга, мозжечка и продолговатого мозга. Сосудистое сплетение. Состояние сосудов головного мозга. Патологоанатомический диагноз. Клинико-патологоанатомический эпикриз.

СТРУКТУРА И ЛОГИКА ПОСТРОЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Патологоанатомический диагноз, как и клинический, должен содержать в себе рубрики:

- основное заболевание,
- осложнения,
- сопутствующие заболевания,
- непосредственная причина смерти.

Последствия реанимационных мероприятий, вид оперативного вмешательства записываются в отдельной строке диагноза.

При оформлении патологоанатомического диагноза и заполнения врачебного свидетельства о смерти следует использовать терминологию, именуемую в номенклатуре болезней Международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ-10) и общепринятых классификациях.

ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ. – заболевание, которое непосредственно или через осложнения, тесно с ним связанные, повлекло за собой смерть больного.

В патологоанатомическом диагнозе в каждом абзаце на первом месте всегда должна стоять нозологическая единица (синдром), имеющаяся в МКБ-10 или в общепринятых классификациях, с уточнением их форм, особенностей пато – и танатогенеза. После нозологической единицы в патогенетической хронологической последовательности записывают все ее морфологические проявления, дополняя их при необходимости клинико-лабораторными сведениями, макроскопическими или микроскопическими данными исследования.

Следует избегать в диагнозах родовых понятий (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь и др.), так как они учитываются в числе неуточненных форм.

Согласно определению МКБ-10, причинами смерти, которые должны быть внесены в протокол и врачебное свидетельство о смерти, являются все те болезни, патологические состояния и травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению. Кроме того, указываются обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали травму. Первоначальная причина смерти:

а) болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти,

б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму (согласно законодательству РФ, в качестве причины смерти указывают вид травмы).

В более широком клинико-анатомическом аспекте, при анализе всей истории заболевания, начиная с момента первичного контакта больного с лечебно-профилактическими учреждениями, на каждом этапе медицинской помощи основным заболеванием следует считать то патологическое состояние, которое в данный момент и в данных условиях представляло наибольшую угрозу для жизни, здоровья или трудоспособности индивидуума, требовало проведения первоочередных лечебно-профилактических мероприятий, служило причиной обращения за медицинской помощью, и при летальном исходе само или через осложнение являлось причиной смерти. У лиц пожилого и старческого возраста при наличии многих заболеваний выделяют основное заболевание, отдавая предпочтение:

1. Нозологической единице, имеющей наибольшую вероятность быть первоначальной причиной смерти.
2. Более тяжелой по характеру, осложнениям и последствиям нозологической форме.
3. Заболеванию, имеющему более высокую вероятность по частоте и летальным исходам.
4. Заболеванию, танатогенез которого был ведущим.

Следует также иметь в виду, что отбор единичной причины смерти для статистики заболеваемости в соответствии с рекомендациями ВОЗ основан на учете состояния, по поводу которого проводится лечение или исследование в течение соответствующего эпизода больничного или другого вида обслуживания. Однако помимо выбора единичной причины для углубления научной разработки следует по возможности кодировать и анализировать множественные причины смерти.

К **ОСЛОЖНЕНИЯМ** относятся те нозологические единицы, синдромы и патологические процессы, которые патогенетически (непосредственно или опосредованно) связаны с основным заболеванием. При наличии нескольких процессов выделяют основные осложнения, приводящие к смерти, и добавочные – второстепенные.

К **ФОНОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ** относят те, которые имели важное значение в патогенезе основного заболевания или обусловили его тяжесть и сыграли роль в возникновении и неблагоприятном течении осложнений.

СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ считаются важнейшие нозологические единицы (синдромы), которые по данным вскрытия и клиники не были

непосредственно связаны с основным заболеванием и не ускоряли летального исхода. При сличении диагнозов отбирают те заболевания, которые требовали при жизни проведения лечебно-диагностических мероприятий (соответствующие примеры приводятся ниже).

Если у больного имелось сочетание по тяжести и времени несколько нозологических единиц (полипатии-ассоциации и семейства болезней), то эти случаи рассматриваются в качестве мультикаузальных (многопричинных). В практике чаще всего имеет место бикаузальный генез заболевания и смерти, т.е. когда сочетаются две нозологические единицы, вызывающие у больного новое патологическое состояние, ускоряющее наступление смерти.

В отличие от монокаузальных случаев сочетания двух нозологических единиц обозначают термином «КОМБИНИРОВАННОЕ ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ». К числу комбинированных заболеваний относят следующие сочетания нозологических единиц (повреждений, неблагоприятных последствий диагностики и терапии):

1. Два конкурирующих заболевания, не поддающиеся разделению из-за тесноты клинико-морфологических проявлений, каждое из которых (само по себе или через осложнения) могло бы привести больного к смерти.

2. Основное и фоновое заболевания.

3. Два сочетанных (сочетающихся) заболевания, отличающихся от конкурирующих тем, что летальный исход наступает в результате случайного совпадения по времени двух основных заболеваний, каждое из которых в данных условиях не могло привести больного к смерти, но в совокупности они являлись причиной смерти.

При оформлении комбинированного основного заболевания следует отметить, что статистическому учету подлежит только нозологическая единица, стоящая на первом месте. При клинико-анатомическом анализе

РАСХОЖДЕНИЕ ДИАГНОЗОВ считаются случаи, когда остались нераспознанными одно из двух или оба заболевания.

При летальных исходах, связанных с терапевтическими, хирургическими и диагностическими вмешательствами, может возникнуть несколько ситуаций. Смерть больного наступила от передозировки правильно назначенного врачами лекарственного средства, от неправильно выполненного диагностического или хирургического вмешательства. В этих случаях медицинское вмешательство, ставшее первоначальной причиной смерти больного, учитывается как основное заболевание.

При правильно проведенных медицинских вмешательствах, возникшие у больного неблагоприятные последствия учитываются в качестве осложнений, а в случае летального исхода – как первоначальная или непосредственная причина смерти в зависимости от особенностей танатогенеза.

В тех случаях, когда неблагоприятные последствия лечения включаются в патогенез и танатогенез основного заболевания, оформляют комбинированное основное заболевание, учитывая последствия медицинского вмешательства в качестве или сочетанного, или фонового, или конкурирующего заболевания.

ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

Государственная статистика рождений и причин смерти населения основана на разработке медицинской документации, которая должна объективно отражать динамику заболеваемости и смертности населения. Достоверность этих данных, в первую очередь, зависит от точного соблюдения правил заполнения документов, однообразия в оценке патогенетической последовательности развития процессов и механизма смерти.

Согласно действующим положениям, врачебное свидетельство о смерти выдается всеми больничными учреждениями. Однако в сельских населенных пунктах, где нет учреждений здравоохранения или имеющих в учреждениях здравоохранения только одного врача, в случаях его отсутствия (болезнь, отпуск), в порядке исключения,

фельдшером может выдаваться фельдшерская справка о смерти. В случае смерти детей в возрасте до 6 дней выдается врачебное свидетельство о перинатальной смерти.

Врачебное свидетельство о смерти выдается лечащим врачом на основании наблюдений за больным и записей в медицинской документации отражающих состояние больного до его смерти, или патологоанатомом на основании изучения медицинской документации и результатов вскрытия. Выдача врачебного свидетельства о смерти заочно, без личного установления врачом факта смерти, запрещается. В исключительных случаях свидетельство о смерти может быть выдано врачом, установившим смерть только на основании осмотра трупа (при отсутствии подозрения на признаки насильственной смерти).

Врачебное свидетельство о смерти выдается с пометкой «окончательное» либо «предварительное», или «взамен предварительного». Такой порядок принят в целях обеспечения большей достоверности регистрируемых причин смерти и чтобы не задерживать регистрацию смерти в органах загса и погребения. Врачебное свидетельство о смерти с отметкой «предварительное» выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования, или если к моменту выдачи свидетельства род смерти (несчастный случай, самоубийство, убийство) не установлен, но в дальнейшем может быть уточнен. Это касается и случаев смерти от медицинских вмешательств. После уточнения причины и рода смерти составляется новое свидетельство с отметкой «взамен предварительного», которое в срок не позднее месяца пересылается в статистическое управление. В отдельных случаях, по письменному заявлению родственников, им может быть выдано новое врачебное свидетельство о смерти «взамен предварительного» для предъявления в органы загса с целью получения нового свидетельства о смерти, в котором будет указана уточненная причина смерти.

Заполнение врачебного свидетельства о смерти производится путем вписывания от руки разборчивым почерком необходимых сведений или подчеркиванием соответствующих обозначений. Заполнению подлежат все пункты свидетельства, при отсутствии тех или иных сведений следует записать «не известен», «не установлен» и т.д. Перед заполнением свидетельства о смерти на нем и корешке проставляется наименование и номер кода лечебного учреждения, порядковый номер свидетельства и делается отметка о характере заполняемого свидетельства: «окончательное», «предварительное» и т.д.

В п.7 указывается адрес постоянного места жительства умершего.

В п.9 после уточнения обстоятельств данного случая смерти указывается, вследствие чего произошла смерть (заболевание, несчастный случай и т.д.). Если же установить род смерти не представляется возможным, то подчеркиваются слова «род смерти не установлен».

В п.11 врач, заполняющий свидетельство о смерти, указывает свою фамилию, имя, отчество, должность, отмечает основание, позволяющее ему определить последовательность патологических процессов, приведших к смерти, и указывает причину смерти.

Порядок записи причин смерти, предусмотренный в свидетельстве, в соответствии с рекомендациями ВОЗ должен помочь врачу выделить из комплекса взаимодействующих заболеваний тот патологический процесс, который непосредственно привел к смерти, и те заболевания, которые способствовали смертельному исходу, оказав неблагоприятное влияние на течение основного заболевания.

Причина смерти записывается врачом в двух частях 11 пункта свидетельства. Первая часть подразделяется на три строки (а, б, в). В этой части указываются только этиологически и патогенетически связанные нозологические единицы, имеющиеся в Международной классификации болезней (МКБ-10). В строке «а» указывается непосредственная причина смерти, в строки «б» и «в» - основное заболевание

(первоначальная причина смерти), т.е. заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти.

Таким образом, последняя запись на нижней строке свидетельства должна соответствовать первоначальной причине смерти (основному заболеванию). Запись причин смерти может закончиться строкой «а», если основное заболевание само непосредственно вызвало смерть (например, смерть от панкреонекроза), либо строкой «б», если непосредственная причина смерти вызвана одним заболеванием (например, пневмония при кори), тогда в строке «а» должна быть написана пневмония, в строке «б» - корь). В каждой строке должно быть записано одно заболевание, имеющееся в номенклатуре МКБ-10 или в общепринятых классификациях.

Во II части свидетельства врач отмечает прочие важные заболевания, которые имелись к моменту смерти, но причинно не были связаны с основным заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти, то есть второе заболевание при комбинированном основном заболевании: конкурирующее, сочетанное или фоновое. Сопутствующие заболевания в свидетельстве о смерти не записываются.

Примеры заполнения врачебного свидетельства о смерти:

- I. а) раковая кахексия
б) рак желудка с метастазами
в) –

II.

Первоначальной причиной смерти (основным заболеванием) является рак желудка.

1. а) печеночная недостаточность
б) крупноузловой цирроз печени
в) –

II. –

Первоначальной причиной смерти (основным заболеванием) является крупноузловой цирроз печени.

1. а) гемотампонада полости перикарда
б) разрыв стенки левого желудочка
в) острый инфаркт миокарда

II. Сахарный диабет.

Острый инфаркт миокарда – основное заболевание, сахарный диабет – фоновое заболевание.

1. а) лимфогранулематоз
б)-
в) –

II. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого.

Имеется два конкурирующих заболевания. Отбирается более тяжелое, приведшее больного к смерти.

В случае смерти больных, страдавших разными формами алкоголизма (подтвержденных наркологом, психиатром), в I части свидетельства записывают соматические заболевания, явившиеся первоначальной (пункт «б») и непосредственно причиной (пункт «а») смерти. Например, алкогольный цирроз печени, алкогольная кардиомиопатия. В I части записывают токсическое действие алкоголя и острое отравление алкоголем, во II части указывается форма алкоголизма.

По аналогичным правилам оформляют свидетельство у больных психиатрических клиник.

При заполнении пункта II врачебного свидетельства о смерти умершей беременной, роженицы, родильницы записи рекомендуется делать в следующем порядке: в случае смерти в результате акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, а также в результате вмешательства, неправильного ведения родов и т.д.. сведения о причине смерти записываются в части I в строках «а», «б», «в».

Запись должна четко указывать на связь патологических процессов с беременностью, родами, послеродовым периодом. Например:

I. а) послеродовое кровотечение

б)

в)

1. а) кровотечение

б) угрожающий аборт

1. а) остановка сердца

б) наркоз во время родоразрешения.

В случае смерти беременной, роженицы или родильницы в результате имевшейся прежде у нее болезни или заболевания, возникшего или обострившегося во время беременности (диабет, туберкулез, сердечно-сосудистые заболевания), не связанного с акушерской причиной, но отягощенного физиологическим воздействием беременности, сведения о причине смерти записывают в части I в строках «а», «б», «в». При этом в части II обязательно делается запись о беременности и ее сроке. Во всех случаях смерти женщин в послеродовом периоде (включая последний день) в части II делается запись: послеродовый период ____ день.

В п.13 указывается наименование медицинского учреждения, дата выдачи свидетельства, подпись врача, выдавшего свидетельство о смерти, заверенная печатью учреждения.

Запись о выдаче врачебного свидетельства о смерти с указанием его №, даты и записи причины смерти должна быть сделана в соответствующих медицинских документах (протокол вскрытия, медицинская карта стационарного больного, история родов, медицинская карта амбулаторного больного).

КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ

Клинико-патологический эпикриз, завершающий патологоанатомический диагноз, призван в сжатой, четкой форме отразить представление патологоанатома о характере, последовательности клинических событий, морфологических особенностях заболеваний и патологических процессов, характеризующих данное конкретное наблюдение.

Клинико-патологоанатомический эпикриз базируется на анализе клинических, инструментальных, макроскопических, гистологических, бактериоскопических и других данных. Чем четче, полнее и логичнее построен патологоанатомический диагноз, тем меньше вопросов освещается в эпикризе. Однако, недопустимо заменять эпикриз кратким заключением о причине смерти. Эпикриз должен содержать ясные и краткие ответы на следующие основные вопросы:

- что является основным заболеванием и почему данная нозологическая форма признана основным заболеванием;
- какова последовательность развития событий, приведших к смерти больного;
- насколько полно и своевременно установлен прижизненный клинический диагноз;
- насколько своевременно и адекватно проведенное лечение;
- какова непосредственная причина смерти больного;
- насколько полно совпадение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов;
- если установлено расхождение диагнозов по какой-либо рубрике, то какова причина допущенной ошибки и какую роль она сыграла в танатогенезе;
- насколько полна и информативна прижизненная медицинская документация.

В отличие от текста протокола вскрытия (описательной части) патологоанатомический диагноз и клинико-патологоанатомический эпикриз могут быть

окончательно оформлены спустя ряд дней после вскрытия. Это объясняется в ряде случаев необходимостью проведения гистологического (в том числе специального гистохимического) и других вспомогательных исследований, возможностью дополнительных обсуждений данного наблюдения с клиницистами и работниками параклинических служб.

При наиболее сложных ситуациях, когда требуется коллегиальное обсуждение с участием широкого круга специалистов, клинико-патологоанатомический эпикриз может быть окончательно оформлен после обсуждения данного наблюдения на КИЛИ, ЛКК, клинико-анатомической конференции. В данных случаях в эпикриз вносится соответствующая запись.

СЛИЧЕНИЕ (СОПОСТАВЛЕНИЕ) КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов входит в функциональные обязанности патологоанатома и является ответственным этапом анализа летальных исходов. Его задачей является установление истинности, полноты и своевременности клинической диагностики, своевременности и адекватности лечения, а следовательно – оценка качества всего лечебно-диагностического процесса. Констатация совпадения или расхождения всех компонентов заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов является исключительной прерогативой патологоанатомической службы и не подлежит дальнейшему обсуждению. Дискуссии могут касаться только причин диагностической и лечебной ошибки, ее влияния на судьбу больного, а следовательно, и категории ошибки.

Процесс сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов осуществляется в определенной последовательности и с соблюдением определенных правил.

1. Сличению подлежит только заключительный клинический диагноз, выставленный на титульном листе истории болезни.
2. Сопоставлению подлежат все без исключения рубрики клинического и патологоанатомического диагнозов.
3. Первым этапом сличения диагнозов является установление факта совпадения или расхождения диагнозов.
4. При совпадении диагнозов определяется своевременность установления прижизненного диагноза и адекватность назначенного лечения.
5. Устанавливается непосредственная причина смерти данного больного и проводится ее сопоставление с клиническим определением непосредственной причины смерти.
6. Факт расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, их причина и роль в судьбе данного больного определяется непосредственно у секционного стола совместно с клиницистами. В отдельных случаях решение этих вопросов может быть отложено на более поздний период из-за необходимости проведения вспомогательных гистологических, биохимических, бактериологических и других исследований, а также консультаций с клиницистами и работниками параклинических служб.

Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию устанавливается в следующих случаях:

- При несовпадении диагнозов по этиологическому признаку;
Пример. Клинический диагноз – Основное заболевание: гнойный менингоэнцефалит без указания его этиологии.
Патологоанатомический диагноз – Основное заболевание: менингококковый менингоэнцефалит;
- При несовпадении по нозологическому принципу:

Пример. Клинический диагноз – Основное заболевание: хроническая язва желудка.

Патологоанатомический диагноз – Основное заболевание: рак желудка с метастазами в регионарные лимфатические узлы.

Пример. Клинический диагноз – Основное заболевание: рак легкого.

Патологоанатомический диагноз – Основное заболевание: лимфогранулематоз с поражением легких;

- При несовпадении основной локализации патологического процесса:

Пример. Клинический диагноз – Основное заболевание: рак желудка.

Патологоанатомический диагноз – Основное заболевание: рак головки поджелудочной железы;

- при гипердиагностике заболевания:

Пример. Клинический диагноз – Основное заболевание: ишемический инфаркт правой височной доли головного мозга, левосторонний гемипарез, моторная афазия. Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь III ст. Сопутствующее заболевание: постинфарктный кардиосклероз левого желудочка.

Патологоанатомический диагноз – Основное заболевание: хроническая постинфарктная аневризма передней стенки левого желудочка, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца. Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь (гипертрофия миокарда левого желудочка сердца, артериолонефросклероз).

Осложнения: отек легких, отек мозга. Сопутствующее заболевание: старые постинфарктные кисты и области внутренней капсулы правого полушария головного мозга, атеросклероз артерий основания мозга.

- Расхождение диагнозов в связи с неправильной формулировкой заключительного диагноза:

а) Заключительный клинический диагноз сформулирован без разделения на основное, фоновое, сопутствующие заболевания, не выделены важнейшие осложнения. Диагноз лишен логики, не отражает временную последовательность событий, не поддается шифровке.

б) Заключительный клинический диагноз сформулирован чрезмерно редуцированно, входящие в него нозологические формы и патологические процессы не расшифрованы и не информативны (например, не раскрыто содержание термина ИБС, цереброваскулярная болезнь).

в) Заключительный клинический диагноз сформулирован с использованием терминов и формулировок, не имеющих аналогов в Международной классификации болезней, вследствие чего не поддается шифровке.

При сопоставлении клинического и патологоанатомического диагнозов при наличии комбинированного основного заболевания расхождением диагнозов считаются случаи, когда остались нераспознанными одно из двух или оба основных заболевания.

1. ПЕРВАЯ КАТЕГОРИЯ прижизненной диагностической ошибки устанавливается в тех случаях, когда в данном лечебном учреждении правильная диагностика была невозможна по объективным причинам.

2. ВТОРАЯ КАТЕГОРИЯ прижизненной диагностической ошибки устанавливается в тех случаях, когда ее причиной послужили дефекты диагностического процесса в данном лечебном учреждении, но допущенная диагностическая ошибка не отразилась на исходе заболевания.

3. ТРЕТЬЯ КАТЕГОРИЯ прижизненной диагностической ошибки устанавливается тогда, когда ее причиной послужили дефекты диагностического процесса в данном лечебном учреждении, повлекшие за собой неадекватное лечение и смерть больного.

ПРИЧИНЫ НЕПРАВИЛЬНОЙ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ ошибочной клинической диагностики. Они всегда связаны с дефектами диагностического процесса в данном лечебном учреждении. К ним относятся:

- а) недостаточное обследование больного, включая и неполноценно собранный анамнез;
- б) дефекты параклинического обследования больного: рентгенологического, эндоскопического, клинико-лабораторного, ультразвукового, эхографического, электрокардиографического и др.;
- в) диагностические ошибки врачей – консультантов, привлекавшихся к обследованию больного;
- г) неправильная оценка лечащим врачом клинических и параклинических данных, выявленных у больного (ошибка суждения);
- д) неправильная конструкция заключительного клинического диагноза, наиболее частыми вариантами которого являются: отсутствие рубрификации диагноза на основное, фоновое, сопутствующее заболевания, отсутствие указаний на важнейшие осложнения, несоответствующие истинному расположению заболеваний в рубриках диагноза (например, когда в клиническом диагнозе вынесена та нозологическая единица, которая ею не является), а также те случаи, когда вместо конкретной нозологической единицы, имеющей собственный код в МКБ, используется термин, обозначающий класс болезней (например, диагноз ишемической болезни сердца, где не указана конкретная форма этого заболевания);
- е) гипердиагностика основного заболевания или его смертельного осложнения, что фактически является одним из вариантов неправильной оценки клинических данных.

П. ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ ошибочной прижизненной диагностики. В эту группу относятся:

- а) диагностические ошибки, связанные с недостаточной изученностью нераспознанного заболевания на современном уровне знаний;
- б) диагностические ошибки, обусловленные тяжестью состояния больного, препятствующей проведению необходимого обследования;
- в) ошибки диагностики, связанные с кратковременностью пребывания больного в стационаре, вследствие чего его обследование было невозможно;
- г) диагностические ошибки, возникшие из-за отсутствия клинических, в том числе, и анамнестических данных, характерных для данного заболевания, атипичности клинических его проявлений, недоступности патологического очага для его выявления современными или имеющимися в данном медицинском учреждении средствами диагностики.

ПРИМЕР СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ НА ПОСТРОЕНИЕ ДИАГНОЗА

Клинические данные: больной 38 лет, лечился в наркодиспансере по поводу хронического алкоголизма, но безуспешно. Последнее время употребляет до 1 литра водки и суррогатов алкоголя ежедневно. Поступил с жалобами на кашель с желтой мокротой, температурой до 38°C . Частота сердечных сокращений 120-130 уд./мин. Аускультативно в легких: мелкопузырчатые хрипы, крепитация во всех отделах, рентгенологически: неравномерные участки просветления и затемнения в легких. В анализе крови – лейкоциты до 10 000, лейкоцитарная формула в норме. Несмотря на лечение состояние больного ухудшалось, скончался при явлениях легочно-сердечной недостаточности.

На вскрытии: в просвете бронхов обилие мутной желтой мокроты. На поверхности разрезов легких многочисленные уплотненные, сероватые участки диаметром 0,5-1,0 см. Во многих местах легких видны участки распада ткани с образованием полостей,

заполненных гноевидным содержимым. Бронхопульмональные лимфатические узлы увеличены, сочные. Сердце – массой 340 г. Миокард на разрезе дряблый, типа вареного мяса. Слизистая желудка сглажена, атрофична. Печень весом 2200 г., уплотнена с выраженным желтым оттенком и зернистой поверхностью. Почки на разрезе тусклые, набухшие.

Постройте патологоанатомический диагноз, определите непосредственную причину смерти, заполните врачебное свидетельство о смерти.

Эталон ответа.

1. – патологоанатомический диагноз: Основное заболевание – двустороннее тотальное очагово-сливная пневмония с абсцедированием. Фоновое заболевание – хронический алкоголизм. Формирующийся мелкоузловой цирроз печени. Хронический атрофический гастрит. Осложнения - выраженные дистрофические изменения миокарда и почек. Сопутствующее заболевание атеросклероз аорты.

2. - непосредственная причина смерти – легочно-сердечная недостаточность.

3. – врачебное свидетельство о смерти.

I. а) легочная (дыхательная) недостаточность, б) двусторонняя очагово-сливная пневмония.

II. хронический алкоголизм

МЕТОД БИОПСИЙНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

БИОПСИЯ – (biopsia, био +opsis – зрительное восприятие, зрение) – прижизненное взятие небольшого объема ткани и морфологическое его исследование, необходимое для диагностики, контроля и радикального хирургического лечения.

Биопсийный материал формально подразделяется на операционный и диагностический. ОПЕРАЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ считают ткани и органы, удаленные при хирургической операции в целях лечения. Гистологическое исследование операционного материала обязательно, диагностическая БИОПСИЯ проводится с целью постановки диагноза.

Биопсия в зависимости от способа ее получения может быть:

а) инцизионная (син. – эксцизионная) – осуществляется путем иссечения кусочка ткани;

б) пункционная – материал получают путем пункции специальной иглой;

в) аспирационная – материал получают путем насасывания содержимого полых органов или полостей организма через иглу шприца или специальными инструментами;

г) трепанобиопсия – материал, обычно из костной ткани, получают при помощи специального инструмента;

д) кюретаж – материал получают с помощью выскабливания кюреткой;

е) стереотаксическая – производимая путем введения микроинструментов строго в заданные структуры мозга с использованием системы стереотаксических координат, стереотаксических приборов;

ж) тотальная – биопсия всего патологически измененного участка, производится обычно при небольших поверхностно расположенных патологических очагах;

з) трансуретральная – инцизионная биопсия (например, предстательной железы, стенки мочевого пузыря), осуществляемая с помощью специальных инструментов (резектоскопа, оперативного цистоскопа), вводимых в мочеиспускательный канал.

Материал, полученный путем биопсии, называют БИОПАТОМ. В зависимости от особенностей способа получения материала биопсия может также быть:

- открытой (или операционной): инцизионная биопсия глубоко расположенных органов или тканей, при которой производится предварительное рассечение поверхностно расположенных тканей;

- прицельной: биопсия производится под визуальным контролем во время эндоскопии (гастробиопсия, бронхибиопсия).

В зависимости от срока ответа биопсия может быть ПЛАНОВОЙ (ответ дается через 4-5 дней) и СРОЧНОЙ (ответ дается через 20-30 минут).

СРОЧНАЯ БИОПСИЯ обычно производится в ходе хирургической операции для решения вопроса об объеме и характере оперативного вмешательства. Срочная биопсия из-за особенностей гистологической обработки материала (быстрое глубокое охлаждение углекислотой) имеет свои трудности. В связи с этим в ряде случаев характер направляемого материала остается неясным и только после полной (плановой) проводки биопсийного материала ставится окончательный диагноз.

В качестве сопроводительного документа для биопсии используется форма №014/У. Все графы бланка должны быть заполнены: паспортные данные больного, название отделения, из которого направлен материал, номер болезни, дата взятия материала, его характер (биоптат, операционный материал), приведен клинический диагноз с указанием основного заболевания, осложнений, сопутствующих заболеваний. Обязательно сообщают сведения о результатах клинического и лабораторного обследования больного, о проведенном лечении (особенно лучевом, химеотерапии, гормонотерапии) и его результатах. В специальной графе отражают ранее произведенные морфологические исследования и их результаты. При производстве операции обязательно указывают ее название и метод.

Направление на биопсийное исследование обязательно подписывает врач, посылающий материал на исследование, который и является ответственным за доставку материала в патологоанатомическое отделение. В настоящее время производится биопсия многих органов и тканей, особенно в отделениях онкологии, с целью ранней диагностики опухолевого процесса, его гистогенеза, определения метастазов, а также радикальности оперативного вмешательства и прогноза. При этом в онкологии имеют значение не только гистологические, но и цитологические методы исследования.

Возросло значение и так называемых «неопухолевых» биопсий. В этом плане широкое распространение получила пункционная биопсия, которая должна применяться по строгим показаниям после клинического обследования больного.

Взятие материала для биопсии требует строго обоснованных показаний и является ответным моментом, так как от выбора вида биопсии, места и качества взятия материала зависит во многом репрезентативность ответа после морфологического исследования. При взятии биоптата необходимо учитывать гистологическое строение органа.

Кусочек биоптата следует брать с таким расчетом, чтобы попала как измененная ткань, так и здоровая. Если орган или опухоль имеют капсулу, надо брать для исследования и ее. Нецелесообразно брать материал из участков некроза, кровоизлияний.

КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ делить биоптат на части и посылать в разные гистологические лаборатории. Материал НЕЛЬЗЯ резать ножницами, сдавливать, особенно бережно следует обращаться с рыхлыми тканями, лимфатическими узлами, необходимо сохранять их капсулу.

Биоптаты и операционный материал сразу после их взятия доставляются в патологоанатомическое отделение. При невозможности срочной доставки материала его помещают в фиксирующий раствор (10-процентный раствор нейтрального формалина или 70-процентный этиловый спирт), причем количество формалина (или спирта) должно быть в 10 раз больше объема биоптата.

Материал, посылаемый для морфологического исследования, должен быть обязательно промаркирован: указана фамилия и инициалы больного, номер истории болезни, дата взятия материала. Если было взято несколько кусочков, необходимо промаркировать каждый кусочек с обязательным указанием места взятия материала (тело и шейка матки, фундальный и кардиальный отдел желудка).

Врач-патологоанатом, исследующий материал, дает его макро- и микроскопическую характеристику, делает заключение. При этом использует как

обычные, так и специальные методы исследования (гистохимические, гистоэнзиматические, иммуногистохимические, электронно-микроскопические).

Гистологические препараты хранятся в патологоанатомическом отделении и могут быть выданы на руки медицинскому персоналу или больному для консультации в другом учреждении только при наличии письменного запроса.

Гистологические препараты биопсий и операционного материала, а также книги, в которых производится регистрация и описание гистологических объектов, хранятся на протяжении всего времени существования отделения. Гистологические препараты аппендикса, грыжевых мешков, миндалин, соскобов полости матки после абортс могут храниться до года.

Биопсия как вид диагностики делает врача – патологоанатома непосредственным участником клинической диагностики и ответственным за судьбу больного. Однако, только совместная работа лечащего врача и патологоанатома (клинического морфолога) способствует точной и своевременной диагностике заболеваний.

Биопсия требует от врача-патологоанатома клинического мышления, а от врача-клинициста знаний и понимания возможностей этого метода диагностики и умения правильно оценивать ответы на биопсию.

ПОЛОЖЕНИЕ О КЛИНИКО - АНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЯХ.

Задачи клиничко-анатомической конференции

1.1. Задачей клиничко-анатомической конференции является повышение качества лечебно-диагностического процесса в данном лечебном учреждении на основе коллективного анализа наблюдений и проблем, наиболее актуальных для данного учреждения и временного периода.

1.2. Объекты обсуждения на клиничко-анатомических конференциях:

а) на клиничко-анатомических конференциях представляется целесообразным проводить обсуждение и анализ случаев летального исхода, представляющий научный и практический интерес для широкого круга врачей – клиничков данного лечебного учреждения вне зависимости от того, насколько правильно это заболевание было диагностировано при жизни;

б) на заседаниях клиничко-анатомических конференций должны обсуждаться проблемы, касающиеся наиболее актуальных для данного учреждения вопросов заболеваемости, лечения, причин смерти при определенных нозологических формах, иными словами, клиничко-анатомические конференции преимущественно должны иметь тематический характер;

в) из случаев ошибочной прижизненной диагностики на заседаниях клиничко-анатомических конференций обсуждаются случаи летальных исходов с наиболее систематически повторяющимися (типовыми для данного учреждения) дефектами диагностики, случаи, выходящие за рамки возможности их полноценного анализа на заседаниях КИЛИ, ЛКК, случаи ошибочной прижизненной диагностики, оставшиеся недостаточно ясными, или спорными после их обсуждения на КИЛИ и ЛКК;

г) на заседаниях клиничко-анатомических конференций наиболее целесообразно обсуждение обобщенных за определенный период времени материалов, касающихся актуальных для данного учреждения проблем ургентной патологии, установленных патологоанатомическими исследованиями;

д) одна из клиничко-анатомических конференций должна быть посвящена анализу деятельности патологоанатомического отделения за предшествующий год.

1.3. Учитывая преимущественно дидактическую направленность клиничко-анатомических конференций, они в обязательном порядке должны сопровождаться представлением данных литературы по анализируемой проблеме, в том числе по типу

рефератов, информационных сообщений. К их работе целесообразно привлекать ведущих специалистов по изучаемой проблеме, в том числе и из других медицинских учреждений.

1.4. Участие в работе клиничко-анатомических конференций входит в функциональные обязанности всех врачей данного лечебного учреждения.

1.5. Ответственность за организацию и качество проведения клиничко-анатомических конференций несет главный врач данного лечебного учреждения.

Подготовка и проведение клиничко-анатомических конференций

2.1. Подготовка и организация клиничко-анатомических конференций возлагается на заместителя главного врача по медицинской части и заведующего патологоанатомическим отделением.

2.2. При наличии на базе данного лечебного учреждения лечебных кафедр, кафедры патологической анатомии учебных медицинских институтов, подразделений НИИ – их руководство привлекается к подготовке и проведению клиничко-анатомических конференций.

2.3. Заместитель главного врача по медицинской части, совместно с заведующим патологоанатомическим отделением, определяют повестку очередной клиничко-анатомической конференции, которая доводится до сведения врачебного персонала в письменном виде не позднее, чем за семь дней до дня проведения конференции.

2.4. Клиничко-анатомическая конференция проводится в рабочее время, участие в ней является функциональной обязанностью всех врачей данного лечебного учреждения.

2.5. Непосредственное руководство заседанием клиничко-анатомической конференции осуществляется двумя председателями. Одним из них является главный врач или его заместитель по медицинской части, другим – заведующий патологоанатомическим отделением.

2.6. Приказом главного врача назначается два постоянных секретаря клиничко-анатомических конференций, обязанностями которых являются: регистрация в специальном журнале заседаний клиничко-анатомических конференций даты проведения конференции, ее повестки, персонального состава участников, фамилий и должности сопредседателей, основных положений всех выступающих, заключительного резюме, принятого конференцией.

2.7. По завершении заседания конференции, ее протокол визируется сопредседателями, журнал регистрации клиничко-анатомических конференций хранится у главного врача или его заместителя по медицинской части.

2.8. Клиническая часть обсуждаемого материала докладывается лечащими врачами и их доклад должен быть максимально четким, информативным, заранее подготовленным в письменном виде. Фрагменты из историй болезни могут зачитываться по их тексту только в виде иллюстраций к докладу.

2.9. Патологоанатомические данные докладываются врачом-патологоанатомом, производившим данное вскрытие.

2.10. Рецензент, назначенный из числа наиболее квалифицированных в данной проблеме врачей – клиническов, представляет свое суждение о течение болезни, своевременности и полноценности ее диагностики, адекватности лечения, качестве медицинской документации.

2.11. Каждая клиничко-анатомическая конференция должна сопровождаться обзором современной литературы по анализируемой проблеме. Эта работа поручается либо лечащему врачу, либо одному из врачей – клиническов данного лечебного учреждения. Обзор литературы может быть представлен и сотрудниками клинической кафедры или подразделения медицинского НИИ, базирующихся в данном лечебном учреждении.

2.12. В случае обсуждения на клиничко-анатомической конференции летальных исходов, оставшихся спорными или неясными после их анализа на заседаниях КИЛИ и ЛКК, на данной конференции проводится углубленный их анализ. Если удастся

достигнуть единства мнения сторонников, оно фиксируется в журнале клинко-анатомических конференций, КИЛИ, ЛКК, клинко-анатомическом эпикризе.

2.13. Клинко-анатомическая конференция завершается обобщающим выступлением сопредседателей (или одного из них), в котором подводятся итоги проведенного обсуждения, вносятся предложения, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса и совершенствование проведения последующих конференций.

2.14. Администрация больницы в недельный срок доводит до сведения врачебного персонала принятые ею решения о мероприятиях, основанные на предложениях конференции.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КИЛИ

Комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ), созданная во всех лечебно-профилактических учреждениях, является коллегиальным органом контроля качества лечебно-диагностической работы на основе материалов, полученных при анализе летальных исходов. Задачи КИЛИ:

1. В стационарах изучению подлежат все случаи летальных исходов, как после патологоанатомических, так и судебно-медицинских исследований, а также случаи летальных исходов, где не производилось вскрытие по распоряжению администрации больницы. В последних случаях анализируется и оправданность отмены вскрытия.

2. В учреждениях догоспитального этапа (поликлиники, МСЧ) на заседаниях КИЛИ анализируются: все случаи летального исхода больных на территории данного учреждения; все случаи летального исхода больных в стационарах, если в данное догоспитальное учреждение поступила информация о допущенных в нем лечебно-диагностических дефектах. В случаях смерти больного на дому анализируется соответствие диагноза и причины смерти, выставленных врачами поликлиники в медицинской документации; соответствие оформления врачебного свидетельства о смерти действующим положениям, анализ качества поликлинической документации по направлению умершего больного на вскрытие. Дается анализ своевременности и достоверности прижизненной диагностики, адекватность назначенного лечения врачами данного учреждения, своевременность направления больного в стационар.

3. В стационарах предметом анализа летальных исходов являются: соответствие заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов; в случае совпадения диагнозов дается анализ своевременности установления основного заболевания и его осложнений, адекватность проводимого лечения и качество ведения документации. При наличии расхождения диагнозов выясняются причины диагностической ошибки, их категория.

4. Председателем КИЛИ назначается наиболее авторитетный и квалифицированный врач-клиницист данного учреждения, назначается постоянный секретарь, который обязан своевременно оповещать участников КИЛИ о дате заседаний и вести журнал регистрации заседаний. В состав КИЛИ входят заведующие отделениями данного учреждения. На заседания при необходимости могут приглашаться врачи-консультанты других лечебных учреждений, кафедр медицинских ВУЗов.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЛКК

Лечебно-контрольные комиссии (ЛКК) создаются во всех лечебно-профилактических учреждениях и являются органами оперативного контроля за состоянием лечебно-диагностического процесса. На заседаниях ЛКК обсуждается лишь узкий круг наблюдений, требующих более глубокого анализа, на основании которых принимаются решения, позволяющие администрации данного учреждения оперативно

решать важнейшие проблемы организационного характера, направленные на повышение качества лечебно-диагностической работы. Объектами анализа являются все случаи ошибок прижизненной диагностики, квалифицированные по III категории, все случаи витально - опасных осложнений диагностических и лечебных пособий (ятрогенные осложнения), все случаи грубых ошибок при ургентной патологии, все случаи, оставшиеся спорными после их обсуждения на КИЛИ.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ, ПРИОБРЕТЕННЫХ СТУДЕНТАМИ В ПРОЦЕССЕ ПРОХОЖДЕНИЯ КУРСА КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

1. Усвоить задачи, принципы работы патанатомических отделений больниц, правила хранения, приема, вскрытия и выдачи трупов в лечебных учреждениях.
2. Уметь оформить соответствующую документацию для направления тела умершего на секцию.
3. Знать структуру и логику построения диагноза.
4. Уметь провести клинико-анатомический анализ результатов патанатомического вскрытия.
5. Усвоить принципы сличения клинических и патанатомических диагнозов.
6. Знать причины диагностических ошибок.
7. Усвоить основные правила организации и проведения клинико-анатомических конференций.
8. Уметь заполнять по данным истории болезни и материалам вскрытия врачебное свидетельство о смерти и свидетельство, о перинатальной смерти.
9. Уметь направлять биопсийный и операционный материал в лабораторию и оценить результаты его исследования врачом патанатомом.
10. Усвоить, что знание материала биопсийно - секционного курса необходимо в работе врача любой специальности (хирург, терапевт, акушер-гинеколог, педиатр), для клиническо - анатомического анализа результатов биопсийного исследования и данных патанатомического вскрытия в целях улучшения лечебно-диагностической работы.

ВОПРОСЫ ПО КОНТРОЛЮ УСВОЕНИЯ

1. Задачи клинической патологической анатомии
2. Понятие танатогенеза
3. Значение и роль патологоанатомической службы в системе здравоохранения.
4. Развитие прозекторской службы в России
5. Дайте определение основного заболевания
6. Что такое осложнение. Примеры.
7. Определение сопутствующего заболевания. Примеры.
8. Понятие основного комбинированного заболевания. Примеры.
9. Дайте определение фонового заболевания. Примеры.
10. Понятие о сочетанных заболеваниях. Примеры.
11. Понятие о конкурирующих заболеваниях. Примеры.
12. Когда считают расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию.
13. Перечислите источники и причины расхождения диагнозов.
14. Что понимают под непосредственной причиной смерти больного.
15. Перечислите основные признаки наступившей смерти.
16. Назовите правила техники безопасности во время вскрытия умерших от особо опасных инфекций.
17. Укажите правила забора материала для гистологического исследования.
18. Каким путем берут материал из трупа для бактериологического, бактериоскопического, серологического и вирусологического исследований.

19. Цель и задачи клинико-патологоанатомической конференции.
20. Чем занимаются лечебно-контрольные комиссии.
21. Определение понятия «биопсия».
22. Требования к взятию операционного материала для проведения биопсийного исследования.
23. Правила заполнения свидетельства о смерти.
24. Понятие перинатального диагноза. Пример.
25. Правила заполнения свидетельства о перинатальной смерти.
26. Перечислите, в каких случаях не допускается отмена вскрытия.
27. Перечислите виды биопсий.
28. Какие случаи обязательно выносятся на обсуждение клинико-анатомической конференции.
29. Клинико-анатомический эпикриз. Его значение.
30. Основные компоненты диагноза. Примеры.
31. Что должно быть отражено в клинико-анатомическом эпикризе в случаях перинатальной смерти.
32. Понятие о пневмопатии и ее морфологическая сущность. Принцип составления диагноза. Примеры.
33. Асфиксия. Классификация. В случаях асфиксия правомочна как основной диагноз. Примеры.
34. Сепсис. Особенности морфологии сепсиса у детей первого года жизни. Принцип составления диагноза. Примеры.
35. Назовите категории расхождения клинического и патологоанатомического диагноза.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

основная литература:

Патологическая анатомия [Электронный ресурс]: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435519.html>

дополнительная литература:

Колесникова М.А. Патологическая анатомия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Колесникова М.А.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— 159 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6319.html>.— ЭБС «IPRbooks»

учебно-методическая:

Электронный атлас по патологической анатомии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Ростовщиков А.С., Кузнецова Т.И.— Электрон. текстовые данные.— Ульяновск: УлГУ, 2012.— 260 с.

б) программное обеспечение

наименование
СПС Консультант Плюс
НЭБ РФ
ЭБС IPRBooks
АИБС "МегаПро"
ОС Microsoft Windows
«МойОфис Стандартный»

в) Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы:

Электронно-библиотечные системы:

IPRbooks [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система / группа компаний Ай Пи Эр Медиа . - Электрон. дан. - Саратов , [2019]. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru>.

Консультант студента [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система / ООО Политехресурс. - Электрон. дан. – Москва, [2019]. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/pages/catalogue.html>.

КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система. /Компания «Консультант Плюс» - Электрон. дан. - Москва : КонсультантПлюс, [2019].

База данных периодических изданий [Электронный ресурс] : электронные журналы / ООО ИВИС. - Электрон. дан. - Москва, [2019]. - Режим доступа: <https://dlib.eastview.com/browse/udb/12>.

Национальная электронная библиотека [Электронный ресурс]: электронная библиотека. - Электрон. дан. – Москва, [2019]. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/pages/catalogue.html> <https://нэб.рф>.

Федеральные информационно-образовательные порталы:

Информационная система [Единое окно доступа к образовательным ресурсам](http://window.edu.ru). Режим доступа: <http://window.edu.ru>

Образовательные ресурсы УлГУ:

Электронная библиотека УлГУ. Режим доступа : <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Web>

Образовательный портал УлГУ. Режим доступа : <http://edu.ulsu.ru>